

Ventilador mecânico como obstáculo para o cuidado confortante em unidade de terapia intensiva

Mechanical ventilator as an obstacle to comforting care in an intensive care unit

Ventilador mecânico como obstáculo para el cuidado reconfortante en una unidad de cuidados intensivos

¹Fernanda Maria do Carmo da Silveira Neves de Oliveira, ²Viviane Reis Fontes da Silva, ³Genaine Mendes Marques, ⁴Carlos Roberto Lyra da Silva

RESUMO

Objetivo: identificar a partir da fala de enfermeiras se o ventilador mecânico se configura como obstáculo para o cuidado de enfermagem confortante em unidade de terapia intensiva. **Método:** Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada em uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, localizada na cidade do Rio de Janeiro-RJ, no período compreendido entre julho e agosto de 2011. **Resultados:** Nas respostas das enfermeiras sujeitos-objeto, verificamos que 64,7% acreditam que o ventilador mecânico pode dificultar a prestação de cuidados confortantes à criança em terapia intensiva pediátrica, enquanto que, para os 25,3% apontam que em momento algum o ventilador mecânico interfere ou se torna um obstáculo para a oferta de cuidados de enfermagem que possam contribuir para a promoção ou a manutenção do conforto no corpo do paciente pediátrico necessitado desta tecnologia para se manter vivo, independentemente de sua situação clínica, inclusive, aqueles que se encontram acordados e em condições de comunicação não verbal. **Conclusão:** Discorrendo sobre a tecnologia humanizada, que trago aqui significando aquela que leva em consideração o paciente como um todo, na obra que discute a possibilidade de uma tecnologia humanizada nos deparamos com o que pode parecer eficaz por uma definição limitada e que pode ser altamente ineficiente se o tempo e o campo de ação do estudo forem ampliados. Neste pensamento, se nos detivermos ao estudo do ventilador mecânico somente do ponto de vista biomédico o consideraremos eficaz, pois equilibra a dinâmica respiratória e restabelece a oxigenação celular, conforme esperado. **DESCRITORES:** Enfermagem; Conforto; UTI.

ABSTRACT

Objective: to identify from the nurses' speech if the mechanical ventilator is configured as an obstacle for comforting nursing care in an intensive care unit. **Method:** Descriptive-exploratory study with a qualitative approach. Data collection was carried out in an Assistance, Teaching, Research and Technological Development unit of the Oswaldo Cruz Foundation - Fiocruz, located in the city of Rio de Janeiro-RJ, in the period between July and August 2011. **Results:** In the responses of subject-object nurses, we found that 64.7% believe that the mechanical ventilator can hinder the provision of comforting care to children in pediatric intensive care, while for the 25.3% they point out that the mechanical ventilator does not interfere or makes it an obstacle to the provision of nursing care that can contribute to the promotion or maintenance of comfort in the body of pediatric patients in need of this technology to stay alive, regardless of their clinical situation, including those who are awake and in good condition of non-verbal communication. **Conclusion:** Talking about the humanized technology, which I bring here meaning that which takes the patient as a whole into account, in the work that discusses the possibility of a humanized technology we face what may seem effective by a limited definition and that can be highly inefficient if the study time and scope are extended. In this thought, if we stop at the study of the mechanical ventilator only from the biomedical point of view, we will consider it effective, as it balances the respiratory dynamics and restores cellular oxygenation, as expected. **DESCRIPTORS:** Nursing; Comfort; ICU.

¹ Enfermeira do Instituto Fernandes Figueiras – IFF, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

² Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde – RJ. Mestre em Enfermagem Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

³ Enfermeira, Especialista em Programa Saúde da Família. Faculdade do Futuro – FAF.

⁴ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem Professor do Departamento de Enfermagem Fundamental e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - PPGENF - UNIRIO.



RESUMEN

Objetivo: identificar desde el discurso de las enfermeras si el ventilador mecánico está configurado como un obstáculo para consolar los cuidados de enfermería en una unidad de cuidados intensivos. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio con enfoque cualitativo. La recolección de datos se realizó en una unidad de Asistencia, Docencia, Investigación y Desarrollo Tecnológico de la Fundación Oswaldo Cruz - Fiocruz, ubicada en la ciudad de Río de Janeiro-RJ, en el período comprendido entre julio y agosto de 2011. **Resultados:** en las respuestas de enfermeras sujeto-objeto, encontramos que el 64.7% cree que el ventilador mecánico puede dificultar la provisión de cuidados reconfortantes a los niños en cuidados intensivos pediátricos, mientras que para el 25.3% señalan que el ventilador mecánico no interfiere o lo convierte en un obstáculo para la prestación de atención de enfermería que puede contribuir a la promoción o el mantenimiento de la comodidad en el cuerpo de pacientes pediátricos que necesitan esta tecnología para mantenerse con vida, independientemente de su situación clínica, incluidos aquellos que están despiertos y en buenas condiciones de comunicación no verbal. **Conclusión:** Hablando de la tecnología humanizada, que traigo aquí, que significa lo que tiene en cuenta al paciente en su conjunto, en el trabajo que discute la posibilidad de una tecnología humanizada, enfrentamos lo que puede parecer efectivo por una definición limitada y que puede ser altamente ineficiente si el tiempo de estudio y el alcance se extienden. En este pensamiento, si nos detenemos en el estudio del ventilador mecánico solo desde el punto de vista biomédico, lo consideraremos efectivo, ya que equilibra la dinámica respiratoria y restaura la oxigenación celular, como se esperaba. **DESCRIPTORES:** Enfermería; Comodidad; UCI

INTRODUÇÃO

Conforto, no sentido mais amplo da palavra, remete ao ato ou efeito de confortar. Pode significar comodidade material, aconchego. Está relacionado diretamente com conveniência, eficiência, bem-estar físico, privacidade.¹ O significado originário de conforto estava intimamente relacionado ao consolo, e consolar está muito ligado ao sentido de afagar, que por sua vez, tem forte conotação tátil, entretanto, não só afagamos a partir do toque, é possível afagar o outro através de uma palavra amiga, de ouvir o outro, o que sugere a importância de estudarmos mais profundamente as qualidades de enfermeiros capazes de proporcionar um cuidado confortante em unidade de terapia intensiva pediátrica.

A importância atribuída ao conforto e sua importância no restabelecimento e manutenção da saúde sofreu modificações ao longo dos anos. Durante os anos de 1900-1929 o conforto era considerado como o objetivo central da enfermagem e da medicina. Os profissionais acreditavam que através do conforto se alcançava a recuperação do doente. Uma boa enfermeira era aquela que confortava o paciente e essa oferta, principalmente à

noite, quando estava sozinha enquanto profissional, traduzia sua vocação. De 1930-1959 foi considerado uma estratégia, um modo de se alcançar as necessidades fundamentais dos cuidados de enfermagem, durante o período de depressão econômica. De 1960-1980 o conforto caiu em desuso, se tornou um pormenor na enfermagem e passou a ser significativa apenas para os doentes que não recebiam tratamento médico.² Na maioria das vezes, aqueles entendidos pelo modelo biomédico como fora de possibilidades terapêuticas, os doentes terminais.

No último século o homem se concentrou no desenvolvimento da ciência e tecnologia. O surgimento do pulmão de aço em 1927 e a oficialização da unidade de terapia intensiva melhoraram nossas condições de vida, fato inquestionável do ponto de vista biomédico. Nesta época o paciente passa a ser secundarizado e as atividades de cunho terapêutico passam a ter privilégio. A introdução de estratégias diversas voltadas primordialmente para a cura do paciente resultou, algumas vezes na subordinação do conforto às medidas médicas.

Inicia-se o processo através do qual o respeito, gentileza, compaixão, amabilidade, disponibilidade, segurança, oferecimento de apoio e conforto, entendidos como comportamentos e atitudes de cuidado, começam a ser desconsiderados como primordiais.³

No período de 1960 a 1980 a tecnologia se inseriu fortemente nas instituições de saúde provocando mudanças nas atividades prestadas ao doente pela enfermeira. Com a agregação de outros profissionais de enfermagem (assistentes e auxiliares) a enfermeira passou a dispor de pouco tempo para estar em contato direto com os doentes e voltou sua atenção para a observação das novas tecnologias (monitores), administração de medicamentos e supervisão da equipe e estudantes de enfermagem, talvez, por entender que já dominam os aspectos anatomofisiológicos inerentes ao corpo humano. As ações de conforto, consideradas “simples”, passam então a ser executadas pela família e demais membros da equipe de enfermagem.³

Percebo, como um membro desse cenário intensivista, traços dessa mudança de conduta ainda fortemente arraigados nos profissionais, inclusive, de enfermagem, a atenção à tecnologia dividindo espaço com a atenção ao doente, sobretudo, quando o cliente encontra dependente de ventilador mecânico. Mas observo também que uma ponta de reflexão vem surgindo quando começamos a questionar sobre cuidados de enfermagem e conforto. O questionamento de forma nenhuma tem o objetivo de diminuir ou refutar a importância desta tecnologia na nossa prática e no sucesso da assistência prestada pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva, mas de tentar iniciar uma reflexão sobre o binômio cuidado/conforto no paciente pediátrico em uso desta tecnologia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo/exploratório. Neste tipo de estudo, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem a interferência do pesquisador.⁴ Exploramos a partir das falas de enfermeiras(os) - sujeitos-objeto - dessa investigação, se o ventilador mecânico pode se tornar um obstáculo para a oferta de conforto a partir dos cuidados de enfermagem aos pacientes pediátricos em unidades de terapia intensiva, assim, procedemos como o registro das suas falas para poder obter dados possíveis de análise, classificação e interpretação.

O método foi eleito a partir da esfera objetiva que emergiu do cotidiano de assistir e de cuidar em unidade de terapia intensiva pediátrica ao longo de mais de 15 anos, neste sentido, o método confere com a abordagem qualitativa que, em sua essência, assume diferentes significados nas ciências sociais. A abordagem qualitativa traz um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.⁴

A pesquisa foi complementada com dados quantificados na tentativa de garantirmos a geometrização da representação.⁵

O estudo foi realizado em uma unidade de terapia intensiva pediátrica de uma instituição de referência na assistência à mulher e a criança localizada na cidade do Rio de Janeiro-RJ e pertencente à Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz. Como produto de projeto de dissertação em fase de qualificação, a investigação encontra amparo ético a partir da aprovação do protocolo de pesquisa: “Qualidades essenciais da enfermeira como elementos facilitadores do binômio cuidado/conforto em crianças em uso de prótese ventilatória em UTI na perspectiva de enfermeiras”, submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueiras - IFF, sob o número do protocolo IFF: 0021.0.008.000-11.

Os sujeitos-objeto foram enfermeiras e enfermeiros de ambos os turnos de trabalho, incluindo os diurnos e noturnos, o que totalizou uma amostra de 17 sujeitos-objeto. Cabe destacar que a amostragem foi não probabilística com população acessível. Todos os participantes assistem diretamente os pacientes pediátricos na UTI.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre 3/07/2011 à 28/08/2011. O instrumento utilizado foi um roteiro com perguntas em forma de questionário semi-estruturado, no qual as perguntas foram previamente formuladas e facilmente compreensíveis de maneira que os respondentes tivessem facilidade de resposta e assim, não fugir delas.⁶

No que se refere ao trabalho das informações para organização de análise dos dados, objetivamos compreender um determinado fenômeno através das falas dos sujeitos-objeto, aproximando as idéias para posteriormente categorizá-las. Essa organização ocorreu a partir de 03 pólos: pré-análise; exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, seguida de categorização.⁷

RESULTADOS

Nas respostas das enfermeiras sujeitos-objeto, verificamos que 64,7% acreditam que o ventilador mecânico pode dificultar a prestação de cuidados confortantes à criança em terapia intensiva pediátrica, enquanto que, para os 25,3% apontam que em momento algum

o ventilador mecânico interfere ou se torna um obstáculo para a oferta de cuidados de enfermagem que possam contribuir para a promoção ou a manutenção do conforto no corpo do paciente pediátrico necessitado desta tecnologia para se manter vivo, independentemente de sua situação clínica, inclusive, aqueles que se encontram acordados e em condições de comunicação não verbal.

DISCUSSÃO

Analisando as falas destas enfermeiras percebemos um cuidado referente à interferência do ventilador mecânico na impossibilidade de mudança de decúbito e nas repercussões, neste caso o desconforto físico, desse (des)cuidado:

(Enf. 04). Mesmo ciente do benefício que a tecnologia (avanço) tem na terapia intensiva pediátrica e neonatal, o uso contínuo da ventilação mecânica (além do período principalmente), torna-se desconfortável, ..., quando a criança está muito grave e o manuseio fica mais restrito, impossibilitando a mudança de decúbito de 3/3 horas por exemplo, propicia além de pneumonias, úlceras de pressão caso não haja proteção da pele e de proeminências ósseas.

(Enf. 12). Muitas das vezes o modo ventilatório proposto e a clínica implicam em posicionamento menos confortável ao cliente, ou em posturas desconfortáveis.

(Enf. 16). A tecnologia se sobrepõe ao cuidado confortante na maioria das vezes. A prioridade é sempre o melhor posicionamento no leito não para que a criança se sinta mais confortável e sim para que o respirador atinja sua melhor capacidade.

A respeito da importância do conforto no contexto da enfermagem, pode-se dizer que existem quatro contextos importantes em que o conforto está inserido. Seriam eles: físico (relacionado às sensações corporais e mecanismos homeostáticos - do equilíbrio do corpo); psicoespiritual (relacionado à consciência interna de si, em que se pode incluir estima, conceito, sexualidade, significado na vida de alguém), sócio-cultural (pertencente a relações interpessoais, familiares e sociais e também a tradições familiares, rituais e práticas religiosas); e ambiental (pertencendo à base externa da experiência humana - temperatura, luz, som, odor, cor, mobiliário, paisagem).⁸⁻⁹

Fica evidente que essas enfermeiras se preocupam com o conforto, entretanto, tão somente, com o conforto físico. Em momento algum as enfermeiras fazem menção ao

ambiente vivenciado sob o aspecto do conforto, que merece também a devida atenção, pois, se desdobra, portanto, numa série de quesitos, tais como: ergonomia, iluminação, acústica, contexto térmico, entre outros. Esses quesitos, por sua vez, não existem autonomamente. Dependem da relação que a enfermeira da terapia intensiva desenvolve com o ambiente e com o cliente pediátrico necessitado de ventilação mecânica para dar conta de sua necessidade de oxigenação e que, naquele momento, habita o espaço da terapia intensiva, assim, a não preocupação explícita fica bem caracterizada quando as enfermeiras desconsideram em suas falas os outros três contextos de conforto acima citados. Nesta investigação, o ambiente em questão é o espaço interno da edificação da unidade de terapia intensiva e as condições de conforto desse espaço dependem intimamente da relação do trinômio enfermeira-cliente-ventilador artificial, além, das características arquitetônicas inerentes à esta unidade.

Em 1984 já se refletia sobre a influência da “máquina” na nossa sociedade e afirmava que “levamos a cabo decisões que nossos cálculos de computadores fazem para nós”(9). Trazendo para o contexto da enfermagem, e ampliando para a saúde em geral, permitimos agora mais do que antes, que tecnologias cada vez mais avançadas, com cálculos complicados sobre parâmetros diversos do cliente, sejam irrefutáveis para o estabelecimento da conduta terapêutica. O imperativo do dever moral quanto ao significado do doente na esfera do cuidado foi substituído pelas demandas médico-científicas, em sua grande maioria, demandas de necessidades humanas básicas pertencentes à base da pirâmide proposta por Maslow.¹⁰

Essa atenção exacerbada dada ao ventilador mecânico também propiciou que a enfermeira esquecesse de que os cuidados com o paciente não se restringem somente ao campo físico como vimos nas falas dos sujeitos-objeto. O ambiente em que o paciente se insere na terapia intensiva também se submete às “necessidades” da tecnologia, como por exemplo, permanecer em baixas temperaturas para o perfeito funcionamento do

equipamento, deve estar constantemente iluminado para boa visualização do paciente e equipamentos, constantes alarmes necessários para chamar atenção da equipe para eventuais problemas, entre outros. Enquanto a preocupação com o bem-estar físico se foca no posicionamento no leito que é dificultado pelo uso desta tecnologia dura, não podemos esquecer que o corpo também sofre influências desse ambiente, que podemos assim entender, também são causados pela tecnologia dura, neste caso pelo ventilador mecânico.

Contudo, a Teoria do Conforto¹¹ traz um elemento que poderia não justificar, mas talvez, acrescentar uma reflexão à importância dada ao conforto do paciente e à tecnologia dura a ele acoplada. A teórica que explorou o significado do conforto na perspectiva dos doentes, e após um estudo com pacientes em cuidados paliativos declarou que “a mensagem clara é a de que o conforto é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes”. Essa afirmação nos remete a pensar que o significado do conforto também possa ser diferente de profissional para profissional e de categoria para categoria, significando para alguns o restabelecimento da respiração e ausência de hipóxia celular também como uma forma de conforto, e para outros um melhor posicionamento no leito e ausência de lesões. Seguem as falas que corroboram com essa proposição:

(Enf. 13). Na minha opinião a ventilação mecânica invasiva é um aparato necessário para proporcionar conforto a clientes que necessitam de auxílio para uma boa oxigenação.

(Enf. 5). A ventilação mecânica invasiva vem para minimizar e/ou sanar os problemas que vão/estão alterando o conforto da criança, gerando o bem-estar do paciente.

Centrar-se na perspectiva de que ambas as preocupações possuem espaço no cenário da terapia intensiva e têm profunda relevância, surge nas falas das enfermeiras, e demonstra que mesmo a ação que objetiva o conforto do cliente, como promover boa oxigenação e retirar o paciente de um quadro respiratório agudo (por exemplo) pode ser causador de outras situações/ações de desconforto.

O papel da tecnologia dura na unidade de terapia intensiva tem sua importância definida, porém a relação entre sua ação no corpo biológico e celular e sua ação no corpo físico

e espiritual, é quase anulado pela racionalidade científica. Uma vez aceito o princípio de que algo deveria ser feito porque é tecnicamente viável, todos os outros valores são destruídos, e o desenvolvimento tecnológico passa a ser a base da ética.¹²

Diante desse movimento que se mantém vivo e atual, o cuidado e o conforto vêm permanecendo em “uma postura irredutível ante o hermetismo totalitário da razão” e de um paradigma científico de saúde que valoriza o real, o concreto e o objetivo em detrimento do que é simbólico, abstrato e subjetivo. Devemos caminhar em direção à uma política de diversidade, pluralidade de valores e racionalidades: “à ética que transfere a questão do *ser* e do conhecer para a construção do futuro pela criatividade do encontro com o outro”.¹

Os benefícios da tecnologia são uma oportunidade de otimização do tempo da enfermeira, o que “oportuniza a expansão do papel da enfermagem, à medida que orienta e libera a enfermeira para realizar novos olhares”. Penso que esse novo olhar possa se encaixar na retomada, ressurgimento ou saída de um período de latência de um antigo olhar, quando a enfermeira entendia a multidimensionalidade do conforto e sua relação com o cuidado. É importante ressaltar que embora o desenvolvimento tecnológico tenha motivado alterações significativas no processo de trabalho da enfermagem ao longo dos tempos, a integração dessas tecnologias, neste caso a tecnologia dura, não pode sob nenhum aspecto anular os momentos singulares do trabalho em saúde, especialmente da enfermeira.

A autora acima também faz menção a um autor da área médica que acredita em outras oportunidades na tecnologia e afirma que “seu uso também possibilita às enfermeiras executarem tarefas e atividades com eficiência, podendo tornar os procedimentos menos invasivos, mais confortáveis e privativos”, ou menos desconfortáveis, afirmativa que segue no sentido oposto quando tratamos do tema tecnologia dura e conforto em unidade de terapia

intensiva. Neste sentido devemos nos perguntar, mais confortável para quem? E para quem está voltado o nosso cuidado?

O homem não é apenas o criador da tecnologia, mas também há um processo através do qual o homem se torna dependente dela. Assim, pensar no paciente como foco das ações médicas e do cuidado de enfermagem pode ser o primeiro passo para uma relação de *simbiose* entre a tecnologia e o *ser*, ou, a busca por uma tecnologia humanizada.¹² Preferimos preconizar – incentivar - adotar uma “cultura” de cuidar em unidade de terapia intensiva que faça com que os profissionais entendam que a tecnologia dura possui um papel coadjuvante no processo de restabelecimento da saúde do cliente e que, independentemente do entendimento de que o ventilador artificial seja uma barreira para a promoção do conforto físico, pois, dificulta a adoção de medidas de cuidados confortantes, não devemos perder de vista a possibilidade de considerarmos os outros contextos do conforto propostos por na Teoria do Conforto, o psico-espiritual, sócio-cultural e ambiental.¹³

Os benefícios da ventilação mecânica se sobrepõem e justificam seu uso mesmo causando determinados níveis de desconforto no paciente? Penso que sim, já que esta tecnologia é responsável por salvar vidas, que é o objetivo precípua da unidade de terapia intensiva. Sem ela a unidade perderia sua razão e seu sucesso, além de muitas perdas de entes queridos. Porém, a utilização desta tecnologia e os obstáculos que ela provoca na prestação de cuidados confortantes, conforme a opinião das enfermeiras respondentes, não justifica que este cuidado seja esquecido ou deixado em segundo plano, como aquilo que faremos se “der tempo”.

Podemos, de uma forma empírica, identificar o fascínio que a tecnologia exerce sobre os profissionais da saúde, em especial os que exercem a medicina e a enfermagem em terapia intensiva, posto que, é o ambiente cuja presença de tecnologias duras ocorre com mais ênfase. No entanto, é impreterível atentar para que a máquina não se torne mais importante que o

paciente. A enfermeira precisa entender que a tecnologia, seja ela qual for, neste caso, o ventilador mecânico artificial é apenas uma ferramenta para auxiliar no cuidado do *ser*, não obstante, fazendo com que a enfermeira(o) passe a cuidar tanto do homem quanto da máquina.¹⁴ Para as enfermeiras o paciente pode ser beneficiado mesmo em uso da ventilação mecânica se o conforto fizer parte dos objetivos do cuidado. Esta tecnologia dificulta sim, mas não é vista como vilã do cuidado (des)confortante:

(Enf. 16). O olhar dos enfermeiros deve estar voltado para um cuidado de enfermagem atento às necessidades da criança, contudo as tecnologias que permeiam tal cuidado não devem ser marginalizadas, já que em alguns momentos são prioridade. Se o foco dos profissionais for um cuidado cuja premissa é o conforto, o paciente será beneficiado. Já é tempo dos profissionais estarem envolvidos muito mais com o ser humano.

(Enf. 3). Existem inúmeros métodos de prestar um cuidado confortante apesar da mecânica e complexidade utilizada.

(Enf. 7). Dificulta por ser mais um artefato a ser manuseado, porém não impede o desenvolvimento de ações confortantes quando atentamos às necessidades que envolvem esta criança.

(Enf. 2). A ventilação mecânica é um mal necessário, mas a criança pode ser manipulada com cuidado.

A palavra obstáculo é definida pela filosofia como limite à atividade.¹⁵ Entender o ventilador mecânico como uma tecnologia dura que figura como um obstáculo na prestação do cuidado confortante nos faz pensar nessa questão por um novo prisma. Filosoficamente falando, para que a atividade de promover o conforto ao paciente exista se faz necessário que exista um obstáculo. Entendendo o conforto como um estado de bem-estar percebido pelo cliente que poderá resultar em qualidade de vida¹, mas ao mesmo tempo, os autores referem que o estado de bem-estar deverá estar intimamente relacionado à um ponto de referência, nesse caso, o estado de desconforto ou zona de desconforto.

Podemos assim afirmar: o ventilador mecânico enquanto obstáculo à prestação do cuidado confortante e como obstáculo em si, leva o paciente a uma zona de desconforto, que deve expressar uma necessidade imperiosa e indiscutível da enfermeira em adotar medidas de conforto para de alguma forma o paciente atinja um estado de bem-estar. Essas

medidas de conforto são definidas na Teoria do Conforto¹³ como um processo em que o resultado é um conforto melhorado quando comparado com uma linha de base anterior.

CONCLUSÃO

Inicialmente cabe destacar que este estudo se trata de uma experiência primeira, neste sentido faz-se extremamente relevante a realização de outras pesquisas no intuito de se ampliar as discussões sobre a temática abordada.

Discorrendo sobre a tecnologia humanizada, que trago aqui significando aquela que leva em consideração o paciente como um todo, Na obra que discute a possibilidade de uma tecnologia humanizada nos deparamos com o que pode parecer eficaz por uma definição limitada e que pode ser altamente ineficiente se o tempo e o campo de ação do estudo forem ampliados. Neste pensamento, se nos detivermos ao estudo do ventilador mecânico somente do ponto de vista biomédico o consideraremos eficaz, pois equilibra a dinâmica respiratória e restabelece a oxigenação celular, conforme esperado.

Por outro lado, se ampliarmos nossa reflexão e pensarmos no ventilador mecânico sob a ótica do cuidado/conforto veremos que ele se insere como gerador de ações e situações causadoras de desconforto nos quatro contextos da Teoria do Conforto, o físico (como por exemplo a limitação na mudança de decúbito, permanência do paciente em posições desconfortáveis para melhor adaptação ao ventilador mecânico, o que pode gerar dor e lesões, entre outras), o psicoespiritual (como por exemplo o medo da situação desconhecida que foge a compreensão do paciente pediátrico, favorecendo um estado de estresse intenso), o sócio-cultural (exemplificado pela separação da família motivado pelo espaço físico inadequado) e o ambiental (ocasionado pelo ambiente da terapia intensiva em si com seus ruídos, temperatura baixa, manuseio excessivo, quebra do ciclo circadiano, entre outros). Podemos trazer para nosso campo de estudo o conceito de “efeitos vizinhos”, extraído da Economia, que se traduz nos efeitos que ultrapassam a atividade imediata e muitas vezes são ignorados ao se considerar os benefícios ou o custo.

Nas falas das enfermeiras percebe-se que a tecnologia dura e o cuidado confortante vêm caminhando em direções opostas, travando uma batalha para definir quem é de maior “importância”. Não penso ser este o caminho que devemos seguir no cumprimento do nosso dever. A tecnologia dura e o cuidado confortante devem caminhar em uma direção única, para garantir que o paciente receba o melhor tratamento possível, se preocupando em compreender que o foco primário de todas as ações é o paciente, mas que antes de tudo é um ser humano.

Desta forma, observando atentamente e refletindo sobre os tipos de conforto e seus contextos, acreditamos que sempre haverá algo que nós enfermeiras possamos fazer para deixar o paciente confortável, entendendo o conforto como uma melhora de um estado anterior existente. E mais, entendendo o conforto como um dever ético e moral e que nada relativo ao conforto é suficientemente pequeno para ser ignorado.

REFERÊNCIAS

1. Silva CRL. O conceito de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiras em unidade de internação hospitalar [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery; 2008.
2. Mcilveen, K e Morse, J. The role of comfort in nursing car: 1900-1980. *Clinical Nursing Research*. 1995.
3. SILVA, Carlos Lyra da et al. Aspectos epistemológicos do conceito de cuidado/conforto: objeto de trabalho e objeto de conhecimento de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 16, n. 2, jun. 2011. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17093/14220>>. Acesso em: 04 abr. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i2.17093>.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.



5. Bachelard G. A formação do espírito científico. Rio de Janeiro: Ed. Contraponto; 1996.
6. Lobiondo-Wood G; Harber J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
7. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
8. Lyra da Silva, Carlos Roberto; de Carvalho, Vilma; Almeida de Figueiredo, Nélia Maria. Predicações de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiros. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 16, n. 1, mar. 2011. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21111/13937>>. Acesso em: 04 abr. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i1.21111>.
9. Silva, RC; Porto, IS; Figueiredo, NMA. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. Revista de Enfermagem EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro, v. 12, n° 1, p.156-9, mar. 2008.
10. Maslow, Abraham H. A theory of human motivation. 1943. Disponível em: <psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>. Acesso em: 20 ago. 2012.
11. Silva CRL, Carvalho V, Figueiredo NMA, Tonini T. Conceito de cuidado/conforto: objeto de trabalho e objeto de conhecimento de enfermagem. Cogitare Enferm. [Internet] 2011 Abr/Jun [acesso em 21 jul 2012]; 16(2):357-60. Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17093/14220>.
12. Fromm, E. A revolução da esperança - por uma tecnologia humanizada. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
13. Louro L da FM, Santiago LC, Louro TQ, Ribeiro YC, Silva RCL da, Silva CRL da. > O conforto sob a perspectiva dos clientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial/Comfort from the perspective of cancer client sunder going out patient chemotherapy treatment. Cienc. Cuid. Saúde [Internet]. 2º de fevereiro de 2019 [citado 4º



de abril de 2020];17(4). Disponível em:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4500114>.

14. Aburdene, P e Naisbith J. Megatendências para Mulheres. 1ª ed. Rio Grande do Sul: Rosa dos Tempos, 1993.
15. Abbagnano, N. Dicionário de Filosofia. Tradução por Alfredo Bosi. São Paulo: Martins Fontes. 2007. Tradução de: Dizionario di Filosofia.
16. Silva CRL da, Abrão FM da S, Oliveira RC de, Louro TQ, Moura L da F, Silva RCL da. Representações sociais de enfermeiros sobre o processo de morte e morrer em UTI/ Social representations of nurses on the process of death and dying in ICU>. Cienc. Cuid. Saúde [Internet]. 1º de julho de 2016 [citado 4º de abril de 2020];15(3):474 -481. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/32345>.